

Rapporto

sullo sviluppo della struttura tariffale della tariffa forfettaria per paziente

Stato giugno 2023

Versione 1.0

Contenuto

ELENCO DELLE TABELLE	I
ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI.....	II
1 INTRODUZIONE	1
2 LOGICA DI BASE DELLA TARIFFA FORFETTARIA PER PAZIENTE.....	2
2.1 Struttura e funzionamento	2
2.2 Riferimento a strutture tariffali esistenti.....	5
3 DATI	6
3.1 Acquisizione dei dati.....	6
3.1.1 Basi.....	6
3.1.2 Formato	6
3.1.3 Fornitori di dati.....	7
3.2 Elaborazione dei dati.....	9
3.2.1 Verifica dell'attendibilità	9
3.2.2 Selezione del caso.....	9
3.2.3 Serie di dati per il calcolo	9
4 CLASSIFICAZIONE DEI CONTATTI CON PAZIENTI MEDIANTE LA LOGICA DELL'ALBERO DECISIONALE	11
4.1 Introduzione.....	11
4.1.1 Capitula	11
4.1.2 Raggruppamento dei casi di base	12
4.1.3 Raggruppamento dei casi.....	13
4.2 Sviluppo.....	13
4.2.1 Attribuzione.....	13
4.2.2 Allestimento della logica dell'albero decisionale.....	13
4.3 Spiegazioni più precise secondo Capitulum.....	14
4.3.1 Pre-Capitulum.....	14
4.3.2 Capitula 1- 24	14
4.3.3 Cap30.....	14
4.4 Elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali.....	14
4.5 Contenuto della tariffa forfettaria per paziente	14
5 VALUTAZIONE	16
5.1 Cost-weight.....	16
5.2 Raggruppamenti dei casi non valutati	16
5.3 Grandezza di riferimento	16
6 VALORI DI RIFERIMENTO.....	18

6.1	Raggruppamenti dei casi	18
6.2	Omogeneità dei raggruppamenti dei casi	18
6.3	Contatti con il paziente per raggruppamenti dei casi	19
6.4	Bontà del sistema	19
6.5	Casemix Index e numero di contatti con il paziente	19
6.6	Grado di copertura	20
6.7	Grado di finanziamento	20
6.8	Stima delle conseguenze sui costi	21
7	PROSPETTIVA SULLO SVILUPPO ULTERIORE E SULLA GESTIONE DELLE TARIFFE	22
7.1	Roadmap	22
7.2	Settore di applicazione	22
7.3	Differenziazione	23
7.4	Dati	23
7.4.1	Rappresentatività dei dati	23
7.4.2	Base dei dati per il settore studi medici.....	23
7.5	Prestazioni fatturabili separatamente	23
7.6	Procedura di proposta	23
8	ALLEGATO	24

Elenco delle tabelle

Tabella 1: Panoramica del numero di fornitori dei dati	7
Tabella 2: Elenco degli ospedali con convenzione sulla fornitura dei dati	8
Tabella 3: Panoramica dei casi forniti	10
Tabella 4: Panoramica contatti con pazienti nella serie di dati per il calcolo	10
Tabella 5: Illustrazione della concordanza tra capitula e capitoli principali di TARMED/SwissDRG	11
Tabella 6: Capitula tenuti nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali	11
Tabella 7: Illustrazione dell'attribuzione di posizioni TARMED a un capitulum	12
Tabella 8: Illustrazione dell'attribuzione tra SwissDRG e forfait ambulatoriali sulla base della diagnosi principale	13
Tabella 9: Risultati della categorizzazione e dell'attribuzione dei costi	17
Tabella 10: Numero di raggruppamenti dei casi	18
Tabella 11: Numero di contatti con il paziente in raggruppamenti dei casi valutati e non valutati	18
Tabella 12: Numero di raggruppamenti dei casi	18
Tabella 13: Distribuzione dei raggruppamenti dei casi secondo il grado di omogeneità	18
Tabella 14: Ripartizione dei raggruppamenti dei casi secondo la cifra per caso	19
Tabella 15: Parametri statistici	19
Tabella 16: Casemix Index e numero di contatti con il paziente	19
Tabella 17: Casemix Index e numero di contatti con il paziente secondo la categoria ospedaliera	19
Tabella 18: Casemix Index e numero di contatti con il paziente secondo la categoria d'età	20
Tabella 19: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte dei contatti con il paziente	20
Tabella 20: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte ricavi TARMED	20
Tabella 21: grado di copertura secondo categorie di età	21
Tabella 22: Stima ipotetica delle conseguenze sui costi	21

Elenco delle abbreviazioni

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica
CHOP	Classificazione svizzera delle operazioni.
DRG	Diagnosis Related Group
FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
GTIN	Global Trade Item Number
HK	Coefficiente di omogeneizzazione
ICD	International Classification of Diseases
LAMal	Legge sull'assicurazione malattie
MDC	Major Diagnostic Category
OTMA SA	Organizzazione delle tariffe mediche ambulatoriali SA
OR	Operating Room
VP	Valore del punto
Cap	Capitulum

1 Introduzione

Con la modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 giugno 2021 il legislatore nell'ambito del pacchetto di misure 1a sul contenimento dei costi ha deciso una modifica di grande portata nella tariffazione delle prestazioni ambulatoriali. Se l'art. 43 cpv. 2 LAMal nella versione attuale prevede il calcolo dell'indennizzo sulla base di una tariffa a tempo, di una tariffa per singola prestazione o di una tariffa forfettaria, senza dare particolare priorità a una delle tariffe, con l'entrata in vigore dell'art. 43 cpv. 5ter LAMal tutti i fornitori di prestazioni, per i trattamenti corrispondenti, devono applicare una struttura tariffale approvata o stabilita dal Consiglio federale per prestazioni ambulatoriali riferita alle tariffe forfettarie per paziente.

H+ e santésuisse vogliono e mirano a realizzare tale nuovo sistema tariffale legale prima possibile e introdurre in tale contesto un nuovo sistema di tariffe forfettarie per paziente. Dato che ancora mancano le disposizioni di ordinanza determinanti per tale modifica di legge, che il termine fino all'entrata in vigore è breve e che l'introduzione di un nuovo sistema tariffale è complesso, a fine 2021 i due partner tariffali hanno inoltrato al Consiglio federale la versione preliminare 0.2 e a fine 2022 la versione preliminare 0.3 per l'esame rispettivamente continuare lo scambio con l'UFSP a livello tecnico. La richiesta di approvazione per la versione introduttiva 1.0 sarà inoltrata al Consiglio federale alla fine del 2023. Il presente rapporto descrive lo sviluppo della struttura tariffale nella versione 1.0.

Obiettivo del sistema di forfait ambulatoriali, quale sistema capace di autoapprendimento sulla base di dati reali riferiti ai costi e alle prestazioni, è di raffigurare la realtà economica e medico-sanitaria in una struttura tariffale che può essere aggiornata continuamente. Analogamente al sistema dei forfait stazionari SwissDRG, la *solutions tarifaires suisses SA* ogni anno elabora regolarmente una versione successiva, al più tardi una volta conclusa la neutralità dei costi dinamica.

La tariffa separa la struttura tariffale dal prezzo, permettendo così una struttura tariffale unitaria a livello svizzero. Ciò avviene analogamente alla logica delle strutture tariffali vigenti per le cure ospedaliere. In questo frangente, il cost-weight (peso relativo) dei singoli raggruppamenti dei casi raffigura la struttura tariffale e la base rate raffigura il prezzo. Il prezzo base viene concordato tra fornitori di prestazioni o gruppi di fornitori di prestazioni da una parte e le società cooperative per gli acquisti degli assicuratori malattie dall'altra.

I cost-weight dei gruppi di casi ambulatoriali vengono valutati indipendentemente dai forfait per caso stazionari/ospedalieri. Il calcolo dei cost-weight ambulatoriali si basa su dati ambulatoriali riferiti ai costi, applicando lo standard settoriale riconosciuto di REKOLE®. Ciò garantisce una valutazione appropriata e trasparente a livello di struttura tariffale delle prestazioni, che annualmente possono essere aggiornate con nuovi dati riferiti ai costi e alle prestazioni.

2 Logica di base della tariffa forfettaria per paziente

2.1 Struttura e funzionamento

La struttura e il funzionamento dei qui presenti forfait ambulatoriali si attengono al sistema SwissDRG noto e sperimentato e sono illustrati qui di seguito con l'aiuto di alcune parole chiave.

Basato sui dati

I raggruppamenti dei casi sono stati elaborati sulla base di dati ambulatoriali autentici, messi a disposizione da numerosi ospedali svizzeri, riferiti ai costi e alle prestazioni degli anni 2019, 2020 e 2021. La serie di dati riferiti alle prestazioni è stata generata dalle cifre tariffali fatturate (tra gli altri TARMED, forfait volontari), la serie di dati riferiti ai costi dai dati riferiti ai costi per caso secondo REKOLE®.

Con le cifre tariffali fatturate sono stati identificati casi di pazienti simili dal punto di vista medico-sanitario e raccolti in un raggruppamento dei casi. In base ai dati riferiti ai costi che fanno parte del caso, all'interno del raggruppamento dei casi è stato verificato se si tratta di casi simili a livello economico. I raggruppamenti dei casi sono dunque stati elaborati sulla base di dati veri riferiti ai costi e alle prestazioni, e non basandosi sulle "conoscenze di esperti" (cfr. pure capitolo 3) oppure su importi delle fatturazioni.

TARMED vs. ICD/CHOP

Dato che i raggruppamenti dei casi ambulatoriali vengono elaborati basandosi sui dati, ai raggruppamenti dei casi possono essere attribuiti unicamente dati già esistenti riferiti alle prestazioni. Tali dati riferiti alle prestazioni comprendono soprattutto posizioni TARMED, possono però pure essere completati da dispositivi medici (codici GTIN), medicinali (codice ATC), tariffa 003 oppure altre prestazioni. Con il rilevamento dei dati 2025 viene sviluppato ulteriormente il catalogo dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali basati sulle diagnosi secondo ICD e sulle procedure ai sensi del CHOP.

Definizione di *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*

Affinché tutti i fornitori di prestazioni (studi medico indipendente, istituzione ambulatoriale, ospedali) vengano trattati in egual modo, occorre definire il *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*. Quest'ultimo, detto in modo semplificato, si orienta alla specialità medica. Per la definizione esatta rinviamo al documento Modalità di applicazione.

Gestione del caso in ambito ambulatoriale

La gestione del caso nel settore stazionario è definita in maniera molto semplice. Essa inizia con l'ammissione della/del paziente e termina con la dimissione della/del paziente. Nel settore ambulatoriale la gestione del caso è di gran lunga più difficile. Vi sono casi che durano soltanto una giornata (ad es. trattamenti urgenti), solo poche settimane (ad es. piccolo intervento con controllo preliminare e posteriore) oppure diversi mesi (ad es. controlli ricorrenti di un paziente cronico). Per allestire una base per i forfait ambulatoriali è stato introdotto il contatto con la/il paziente (cfr. il prossimo capoverso).

Definizione di contatto con la/il paziente:

Un contatto con la/il paziente è definito come un incontro simultaneo fisico o a distanza tramite colloquio di un paziente con un *fornitore di prestazioni in ambito ambulatoriale*. Una/un paziente può dunque avere più contatti di questo genere con differenti *fornitori di prestazioni in ambito ambulatoriale*, durante la medesima giornata. Per la fatturazione di un raggruppamento dei casi il contatto con la/il paziente corrisponde a un *contatto fatturabile con la/il paziente* (caso tariffale) oppure ai sensi delle disposizioni nelle modalità di applicazione diversi contatti con la/il paziente vengono riuniti in un *contatto fatturabile con la/il paziente* (caso tariffale).

Contenuto della tariffa forfettaria per paziente

I forfait ambulatoriali comprese le remunerazioni supplementari coprono tutte le prestazioni che sono state fornite in un contatto con la/il paziente. Ciò significa che i forfait ambulatoriali comprendono le prestazioni mediche e non mediche, medicinali e impianti protesici, prestazioni di laboratorio, rapporti, prestazioni in assenza del paziente, ecc. Le prestazioni fatturabili separatamente vengono regolamentate in modo esplicito ed esaustivo.

Delimitazione tra tariffa forfettaria per paziente e tariffa per singola prestazione

Per principio la tariffa forfettaria per paziente è applicata nel settore delle cure speciali e la struttura delle singole prestazioni nel settore delle cure di base. Per poter applicare esattamente la tariffa forfettaria per paziente occorre effettuare una delimitazione. Nella presente versione, in cui le prestazioni sono state identificate sulla base di posizioni tariffali, tale delimitazione viene effettuata rilevando una delle prestazioni fornite con una posizione tariffale dell'elenco delle posizioni trigger (Allegato1).

Nella versione di fatturazione della tariffa forfettaria per paziente non saranno più pertinenti posizioni tariffali per il raggruppamento del contatto con il paziente in un raggruppamento dei casi, bensì i relativi codici ICD e CHOP. Per la delimitazione verso la tariffa per singola prestazione, con la messa a disposizione del grouper di fatturazione viene messo a disposizione pure un elenco CHOP.

Nel quadro dello sviluppo ulteriore dalla versione 0.2 alla versione 1.0 è stato intensamente oggetto di discussioni come definire concretamente tale delimitazione tra tariffa forfettaria per paziente e tariffa per singola prestazione. I partner tariffali della solutions tarifaires suisses SA nel mese di aprile 2022 si sono accordati su quanto segue, quale orientamento di massima per la delimitazione tra tariffa per singola prestazione e tariffa forfettaria per paziente:

1. La tariffa forfettaria per paziente copre in particolare le prestazioni nelle infrastrutture che richiedono molte risorse.
2. La tariffa per singola prestazione copre in particolare prestazioni nelle infrastrutture semplici.

Per la versione introduttiva 1.0 l'accento è dunque stato posto sugli ambiti delle prestazioni che possono essere riferiti in modo inequivocabile al settore delle cure speciali:

- Prestazioni legate a operazioni;
- Cardio- e angiografia d'intervento;
- Parti ambulatoriali;
- Radiooncologia;

- Medicina nucleare;
- Endoscopie;
- Procedimenti di formazione d'immagini, quali ad esempio TAC & RMI.

Ambiti di prestazioni che sono inequivocabilmente attribuiti al settore delle cure di base (ad es. ecografia) oppure si situano tra le cure di base e quelle speciali (ad es. diagnostica funzionale) non sono raffigurati nella versione introduttiva 1.0. Il settore di validità della tariffa forfettaria per paziente può essere adeguato nell'ambito della gestione e dello sviluppo ulteriore. Sarà compito dell'OTMA SA e dei suoi partner approvare uno scadenziario per integrare gli ambiti di prestazioni già raffigurati nelle versioni precedenti nel sistema della tariffa forfettaria per paziente. L'allegato 4 è una panoramica delle unità funzionali che vengono completamente sostituite dalla tariffa forfettaria per paziente oppure che contengono posizioni trigger.



Sviluppo del settore di applicazione

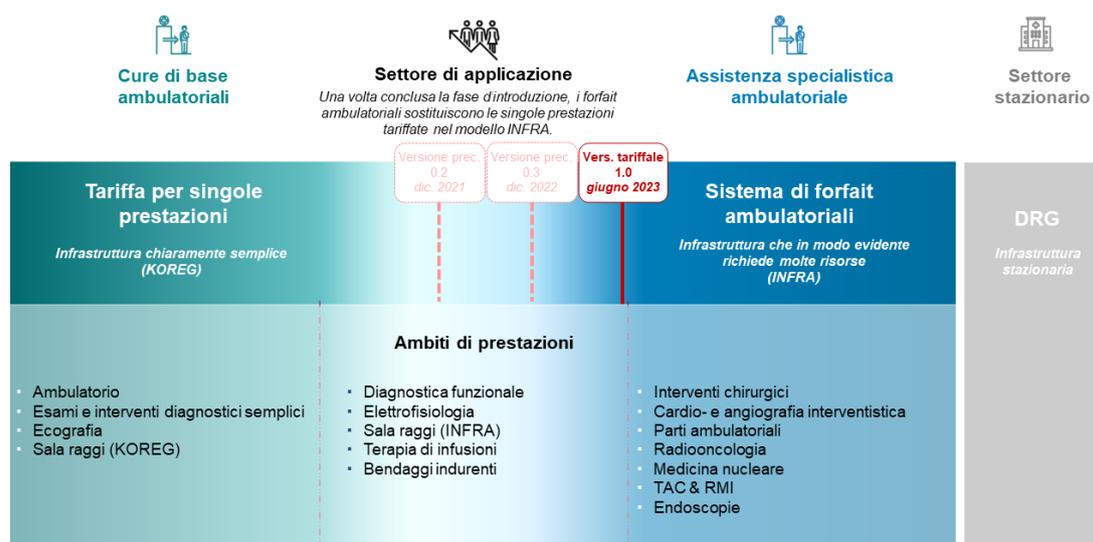


Figura 1: Raffigurazione dello sviluppo del settore di applicazione

Raggruppamento

Ogni contatto con il paziente passa attraverso l'albero decisionale/grouper e viene attribuito/raggruppato al corrispondente raggruppamento dei casi, secondo le indicazioni rilevate. Le informazioni necessarie nella presente versione sono le seguenti:

- Dati medico-sanitari:
 - o Diagnosi (ICD-10-GM, se disponibile, oppure secondo l'attribuzione della posizione trigger al capitulum/capitolo);
 - o Posizioni tariffali;
 - o Medicamenti (GTIN).
- Indicazioni demografiche:
 - o Età;
 - o Sesso.

Nella versione per la fatturazione le prestazioni fornite del contatto con il paziente vengono codificate secondo ICD, CHOP e GTIN. Tali indicazioni saranno in seguito pertinenti per il raggruppamento, invece delle variabili sopra menzionate. La diagnosi è pertinente per la ripartizione nei capitola. La procedura è pertinente per la ripartizione nel raggruppamento dei casi di base oppure nel raggruppamento dei casi. Per ulteriori informazioni rinviamo al capitolo 4.

Raggruppamento dei casi e cost-weight

A ogni raggruppamento dei casi viene attribuito un cost-weight. Si tratta in tal caso di un cost-weight relativo che per la fatturazione viene moltiplicato con il prezzo di base negoziato. Ne consegue una separazione netta di struttura e prezzo. I cost-weight vengono calcolati quale media dei costi per caso raffigurati e valutano il raggruppamento dei casi in modo relativo nei confronti degli altri raggruppamenti dei casi.

Elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali

Nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali sono raffigurati tutti i raggruppamenti dei casi, compresi la numerazione, la denominazione e il cost-weight. Come già nella versione 0.3, a tali informazioni è aggiunta un'osservazione, se i costi per l'impianto protesico sono stati esclusi dal calcolo del cost-weight. La fatturazione separata degli impianti protesici nei raggruppamenti dei casi indicati contribuisce a migliorare la qualità del sistema.

2.2 Riferimento a strutture tariffali esistenti

Logiche decisionali e nomenclature da altri tariffari, ad esempio SwissDRG o forfait volontari, in una prima fase di sviluppo (v0.1 e v0.2) sono servite in primo luogo a formare un'ipotesi di lavoro ed esprimevano la volontà di appoggiarsi su quanto già esistente e sperimentato. Con lo sviluppo ulteriore per la versione introduttiva lo sviluppo del sistema si è distaccato ampiamente da logiche decisionali esistenti di altri tariffari. In tale contesto va pure menzionato che la/il paziente nell'ambiente ambulatoriale rispetto alla/al paziente con il medesimo intervento nel settore stazionario di regola presenta meno complicazioni, l'intervento eseguito è più breve e la/il paziente presenta migliori condizioni di salute preliminari. Per tale motivo non è possibile riprendere semplicemente le direttive del settore stazionario.

La creazione e il funzionamento dei raggruppamenti dei casi si orientano a modelli affermati nell'ambiente stazionario e in particolare in quello della somatica acuta. I vantaggi che ne derivano sono i seguenti:

- Una struttura sulla base di dati riferiti ai costi e alle prestazioni;
- L'aggiornamento regolare della struttura;
- Il distaccamento di struttura e prezzo/tariffa:
- La base per un confronto dell'economicità e la negoziazione del prezzo/tariffaria basata sui dati.

Ciò permette la permeabilità delle strutture tariffali tra ambiente ambulatoriale e stazionario e dunque l'applicazione più semplice delle strutture tariffali.

3 Dati

3.1 Acquisizione dei dati

3.1.1 Basi

I dati finora esistenti nel settore ambulatoriale non contengono alcuna combinazione di dati riferiti alle prestazioni e ai costi, ragione per cui per l'elaborazione dei forfait ambulatoriali è stato effettuato un rilevamento dei dati negli ospedali. Tale rilevamento dei dati è avvenuto facendo riferimento ai rilevamenti dei dati, dell'UST e della SwissDRG SA per i casi stazionari. I dettagli del rilevamento dei dati possono essere visionati nell'Allegato2, la convenzione modello per la fornitura e l'impiego dei dati nell'Allegato3.

Le basi di dati sono dati riferiti ai costi, che si fondano sulla contabilità per unità finali d'imputazione secondo REKOLE®. I dati riferiti alle prestazioni si basano sulle prestazioni fatturate ai sensi delle tariffe ambulatoriali vigenti.

Gli ospedali trasmettevano tutti i casi ambulatoriali con inizio del trattamento (apertura del caso) e termine del trattamento (chiusura del caso) per gli anni 2019, 2020 e 2021 di volta in volta tra l'1.1. e il 31.12.

I casi forniti dovevano inoltre contenere almeno una voce con il genere di tariffa 001 (TAR-MED), 002 (forfait), 003 (forfait nuovi) oppure 500 (dialisi). Con tale limitazione è stato possibile ridurre la fornitura di dati ai casi pertinenti per la tariffa forfettaria per paziente. Ad es.: Nei puri casi di laboratorio (mandato di fornitori di prestazioni esterni per analisi di laboratorio) già dall'inizio era chiaro che questi ultimi non fanno parte del settore dei forfait ambulatoriali.

3.1.2 Formato

Per ogni ospedale sono stati trasmessi due file di dati. Uno dei due per i **dati riferiti alle prestazioni** (dati della fatturazione) e l'altro per i **dati riferiti ai costi**. È stato possibile collegare le due serie di dati per ogni caso tramite la chiave primaria del caso (n° del caso).

Per i dati riferiti alle prestazioni sono state chieste le variabili seguenti:

- anno; anno del trattamento;
- n° del caso: chiave primaria del caso (collegamento con il file dei dati riferiti ai costi)
- età: età in anni, oppure la data di nascita in formato di data (gg.mm.aaaa);
- sesso: sesso (1= uomo; 2= donna);
- ICD: diagnosi principale codificata secondo ICD-10 GM (se disponibile);
- data: data del trattamento (gg.mm.aaaa);
- tariffa: codice tariffale a tre cifre ai sensi del Forum scambio dei dati (Forum Datenaustausch);
- cifra tariffale: posizione tariffale, rispettivamente cifra di riferimento ai sensi del Forum scambio dei dati;
- quantità: quantità di posizioni tariffali;
- TPW (valore del punto): valore del punto in CHF;

- importo: importo della fattura in CHF.

I dati riferiti ai costi sono stati trasmessi per ogni caso al settore stazionario secondo il formato noto negli ospedali. Ciò comprendeva i costi per caso secondo REKOLE® (costi pieni).

3.1.3 Fornitori di dati

Nel mese di marzo 2021 numerosi ospedali svizzeri hanno ricevuto uno scritto in cui si chiedeva loro informazioni in merito alla fornitura di dati. Per la prima fornitura di dati per l'anno 2019 44 ospedali hanno firmato una convenzione sulla fornitura dei dati. Per la seconda fase del rilevamento, fino al mese di agosto 2022, ulteriori tre ospedali hanno firmato una convenzione sulla fornitura dei dati. Per i tre anni 2019, 2020 e 2021 sono state trasmesse 77 serie di dati. È stato possibile utilizzare 70 di tali serie di dati per il raggruppamento e la valutazione. Alcuni ospedali riuscivano a fornire unicamente dati riferiti alle prestazioni, ragione per cui non è stato possibile tener conto di tali casi per la valutazione.

Tabella 1: Panoramica del numero di fornitori dei dati

Convenzioni sulla fornitura dei dati	47
Forniture dei dati	77
Impiego per raggruppamento e valutazione	70

I dati sono stati elaborati ai sensi del capitolo 3.2.

La tabella 2 sulla pagina qui di seguito mostra un elenco esaustivo con tutti gli ospedali che hanno firmato una convenzione sulla fornitura dei dati.

Tabella 2: Elenco degli ospedali con convenzione sulla fornitura dei dati

1	AMEOS Spital Einsiedeln
2	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
3	Etablissements hospitaliers du nord vaudois
4	Flury Stiftung Gesundheitsversorgung
5	Fondation Institution de Lavigny
6	Gesundheitszentrum Fricktal AG
7	Gesundheitszentrum Zürich Oberland
8	Hôpital fribourgeois
9	Hôpital intercantonal de la Broye
10	Hôpital Jules Gonin
11	Hôpitaux Universitaires de Genève
12	Gruppo Insel
13	Ospedale cantonale di Aarau
14	Ospedale cantonale di Basilea campagna
15	Ospedale cantonale di Glarona
16	Ospedale cantonale dei Grigioni,
17	Ospedale cantonale di Obwaldo
18	Ospedale cantonale di Uri
19	Ospedale cantonale di Winterthur
20	Ospedale pediatrico di Zurigo – Eleonorenstiftung (fonderia Eleonore)
21	Le Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique
22	L'Hôpital du Valais
23	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, Vevey
24	Gruppo Lindenhof
25	Ospedale cantonale di Lucerna
26	Clinica Merian Iselin
27	Ospedale regionale dell'Emmental
28	Centro svizzero per paraplegici
29	See-Spital Horgen
30	Solothurner Spitäler AG
31	Ospedale di Linth
32	Ospedale di Männedorf
33	Ospedale dell'Engadina alta
34	Ospedale di Svitto
35	Spital STS AG
36	Ospedale Turgovia SA
37	Ospedale di Thusis
38	Ospedali di Frutigen Meiringen Interlaken AG
39	Regione ospedaliera Fürstenland Toggenburg

40	Ente ospedaliero Appenzello esterno
41	Centro ospedaliero Bienne
42	Ospedale della città di Zurigo
43	Ospedale pediatrico universitario di Basilea Città e Campagna
44	Clinica universitaria Balgrist
45	Ospedale universitario di Basilea
46	Uroviva Klinik AG
47	Ospedale cantonale di Zugo

3.2 Elaborazione dei dati

3.2.1 Verifica dell'attendibilità

Nella verifica dell'attendibilità della fornitura dei dati ogni caso è passato attraverso tre livelli.

1. Attendibilità formale
 - a. Sono state fornite tutte le indicazioni necessarie?
 - b. Sia i dati riferiti ai costi sia quelli riferiti alle prestazioni sono rilevati correttamente?
 - c. Per ogni caso vi sono sia dati riferiti ai costi sia dati riferiti alle prestazioni?
2. Verifica dell'attendibilità della combinazione di posizioni tariffali
 - a. La fattura contiene almeno una posizione tariffale legata a prestazioni medico-sanitarie ambulatoriali?
 - b. Sono state prese di mira soltanto posizioni tariffali vigenti?
 - c. Sono state rispettate le limitazioni di legge?
3. Verifica dell'attendibilità dei costi
 - a. I dati riferiti ai costi sono attendibili per quanto riguarda i dati riferiti alle prestazioni (ad esempio in un caso legato a un'operazione vi sono costi per l'operazione)?

3.2.2 Selezione del caso

Soltanto contatti con pazienti con almeno una prestazione proveniente dall'elenco delle posizioni trigger (Allegato1) sono stati presi in considerazione per l'ulteriore sviluppo del sistema.

3.2.3 Serie di dati per il calcolo

La tabella qui di seguito rispecchia il numero di casi utilizzati e il numero di casi che comprendono diversi contatti con pazienti, si trovano al di fuori del settore di applicazione, sono

stati esclusi in quanto non attendibili oppure non è stato possibile impiegare a causa di serie di dati incomplete.

Tabella 3: Panoramica dei casi forniti

	Numero di casi
Numero dei casi forniti	5'726'271
- di cui casi esclusi a causa della verifica dell'attendibilità o che a causa della tenuta del caso è stato impossibile attribuire in modo inequivocabile	1'752'231
Casi attendibili	3'974'040
- Di cui casi senza prestazione nel settore di applicazione	2'901'274
Casi attendibili con prestazione nel settore di applicazione	1'072'766
- Di cui casi al di fuori della radioterapia con diversi contatti con pazienti	272'908
Casi attendibili che sono confluiti nello sviluppo della versione 1.0	799'858

Nel settore della radioterapia nello sviluppo della versione 1.0 sono confluiti pure casi comprendenti diversi contatti con pazienti. La motivazione per tale modalità di procedere è che nella maggior parte dei casi gli ospedali tengono un caso per l'intera radioterapia di una/un paziente. Dato che i costi sono stati presentati soltanto a livello di caso e non a livello dei singoli contatti con pazienti, nel settore della radioterapia è stato necessario attribuire i costi per caso ai singoli contatti con pazienti. A tale scopo i costi per caso sono stati attribuiti in rapporto ai ricavi dei singoli contatti con pazienti. Tale procedura garantisce che la radioterapia complessivamente venga valutata in una relazione corretta con gli altri settori medico-sanitari. All'interno della radioterapia le relazioni tra i singoli raggruppamenti dei casi raffigurano le relazioni dalle tariffe finora vigenti e dunque soprattutto il TARMED. Non appena i fornitori di prestazioni anche nel settore della radioterapia attribuiscono i costi ai singoli contatti con pazienti, nel quadro dello sviluppo ulteriore della gestione delle tariffe è possibile tener conto di tale circostanza.

Mentre nell'ultima riga della Tabella 3 è raffigurato il numero di casi confluiti nello sviluppo della versione 1.0, la tabella qui di seguito raffigura una panoramica a livello di contatti con pazienti.

Tabella 4: Panoramica contatti con pazienti nella serie di dati per il calcolo

	Numero di contatti con pazienti
- Contatti con pazienti, senza radioterapia	788'680
- Contatti con pazienti, radioterapia	95'626
Contatti con pazienti, totale	884'306
- di cui raggruppati in raggruppamenti dei casi non fatturabili	52
Contatti con pazienti per la valutazione dei raggruppamenti dei casi	884'254

4 Classificazione dei contatti con pazienti mediante la logica dell'albero decisionale

4.1 Introduzione

I contatti con pazienti vengono raggruppati sulla base di determinate caratteristiche mediante una logica dell'albero decisionale. Tale procedura viene impiegata pure nel raggruppamento dei casi stazionari secondo SwissDRG, TARPSY o ST Reha.

Quali caratteristiche per il raggruppamento per principio vengono impiegati la diagnosi principale, le prestazioni fornite, l'età e il sesso. In modo puntuale può inoltre essere pertinente per il raggruppamento un codice per l'identificazione dei medicinali somministrati o l'ammontare dei costi per impianti protesici.

Il raggruppamento ha luogo in una procedura a più livelli:

1. capitulum;
2. Raggruppamento dei casi di base;
3. Raggruppamento dei casi.

Tali singoli tappe per il raggruppamento saranno illustrate con maggiore precisione nel capitolo seguente.

4.1.1 Capitula

I capitula sono i capitoli dell'elenco per i raggruppamenti dei casi ambulatoriali al livello più elevato. I capitula corrispondono spesso ai capitoli principali di TARMED e di SwissDRG, come illustrano i due esempi qui di seguito.

Tabella 5: Illustrazione della concordanza tra capitula e capitoli principali di TARMED/SwissDRG

Capitulum	Capitolo principale TARMED	SwissDRG MDC
01 Sistema nervoso	05 Sistema nervoso centrale e periferico	01 Malattie e disturbi del sistema nervoso
02 occhio	08 occhio	02 Malattie e disturbi dell'occhio

Nell'elenco dei forfait ambulatoriali vengono tenuti i capitula seguenti:

Tabella 6: Capitula tenuti nell'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali

Cap	Denominazione
1	Sistema nervoso
2	Occhio
3	Orecchio, naso, bocca e gola
4	Apparato respiratorio
5	Sistema cardiocircolatorio
6	Apparato digerente

7	Sistema epatobiliare e pancreas
8	Sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
9	Cute, ipoderma e mammelle
10	Organi endocrini
11	Apparato urinario
12	Organi sessuali maschili
13	Organi sessuali femminili
14	Gravidanza e parto
22	Ustioni
23	Altre prestazioni sanitarie dispensate
30	Formazione d'immagini

Sulla base della diagnosi principale ogni contatto con il paziente viene attribuito a un capitulum (cap). Dato che non tutti gli ospedali hanno trasmesso una diagnosi secondo ICD-10-GM, è stata sviluppata una procedura alternativa per determinare la diagnosi principale, attribuendo ogni posizione TARMED impiegata a un capitulum. La tabella seguente contiene due esempi:

Tabella 7: Illustrazione dell'attribuzione di posizioni TARMED a un capitulum

Posizione tariffale	Denominazione	Cap
05.2410	Decompressione/neurolisi del nervo mediano (tunnel carpale) e/o del nervo ulnare (canale di Guyon)	01
08.2760	Estrazione del cristallino/facoemulsificazione compresa inserzione di cristallino artificiale e impianto di un anello capsulare	02

Sulla base delle posizioni tariffali attribuite, per ogni contatto con il paziente viene determinato il capitulum con i ricavi più elevati per attribuire un capitulum al contatto con il paziente.

I capitula sono preceduti da un pre-capitulum (preCap) in cui vengono raggruppati in particolare contatti complessi con il paziente (ad es. medicina nucleare, medicina delle radiazioni). Nel Cap 30 vengono tariffati procedimenti di formazione d'immagini, pure indipendenti dalla diagnosi. Al Cap 30 si aggiunge un postCap che raggruppa i contatti con il paziente staccati dai capitula precedenti.

4.1.2 Raggruppamento dei casi di base

Dopo aver attribuito il contatto con il paziente a un capitulum, in una seconda fase di raggruppamento il contatto con il paziente viene attribuito a un raggruppamento dei casi di base. Tale attribuzione viene effettuata sulla base delle prestazioni fornite. Nella fase di sviluppo la prestazione fornita, come già illustrato, viene identificata mediante la posizione tariffale fatturata.

Ogni raggruppamento dei casi di base è inoltre assegnato a una di tre possibili partizioni:

O = operativa;

I = d'intervento;

M = medico-sanitaria.

Tale assegnazione influisce sul raggruppamento dei casi.

4.1.3 Raggruppamento dei casi

All'interno di un raggruppamento dei casi di base i contatti con pazienti vengono attribuiti ai raggruppamenti dei casi sulla base della prestazione fornita e di ulteriori caratteristiche dei pazienti. La differenza a livello di consumo di risorse è espressa tramite l'ultima lettera del raggruppamento dei casi. La lettera "A" indica il consumo più elevato di risorse. Se il raggruppamento dei casi di base non è ripartito ulteriormente in diversi raggruppamenti dei casi, la denominazione dell'unico raggruppamento dei casi risultante termina con "Z".

4.2 Sviluppo

4.2.1 Attribuzione

Laddove è applicabile, i casi vengono attribuiti ai capitula sulla base della diagnosi principale. Nei capitula che non trovano applicazione nel settore di copertura dei forfait ambulatoriali, l'attribuzione viene adeguata in maniera corrispondente.

Esempio:

Tabella 8: Illustrazione dell'attribuzione tra SwissDRG e forfait ambulatoriali sulla base della diagnosi principale

Codice ICD	Capitulum
J15.9	04
F41.0	postCap

4.2.2 Allestimento della logica dell'albero decisionale

Per allestire la logica dell'albero decisionale sono essenzialmente state percorse tre fasi:

1. Creazione dell'albero decisionale per le unità funzionali di TARMED che i partner tariffali hanno designato come di pertinenza fondamentale.
2. Creazione di ulteriori raggruppamenti dei casi di base per prestazioni a cui i partner tariffali hanno attribuito potenziale di sviluppo ulteriore. Per la maggior parte si tratta in tal caso di raggruppamenti dei casi di base nel settore della partizione riferita a interventi e al settore medico-sanitario.
3. Affinare l'albero decisionale verificando l'omogeneità medico-sanitaria e quella dei costi, possibili criteri di splitting, gerarchie e da qui stabilire i raggruppamenti dei casi.

4.3 Spiegazioni più precise secondo Capitulum

4.3.1 Pre-Capitulum

Nel pre-Capitulum (pre-Cap) i contatti con pazienti che richiedono risorse intense vengono ripartiti in raggruppamenti dei casi indipendentemente dalla diagnosi. I raggruppamenti dei casi del pre-Cap contengono tutte le prestazioni che sono state fornite in tale contatto con il paziente. Ciò significa che i raggruppamenti dei casi della radiooncologia non contengono solamente le prestazioni di radioterapia, bensì pure ulteriori eventuali consultazioni o materiale/medicamenti o formazione d'immagini.

4.3.2 Capitula 1- 24

I raggruppamenti dei casi sono suddivisi in tre partizioni. Non ogni capitulum contiene raggruppamenti dei casi in tutt'e tre le partizioni.

Occorre osservare che la tariffazione dei raggruppamenti dei casi nelle partizioni riferite a operazioni e a interventi di volta in volta comprende pure la formazione d'immagini. I raggruppamenti dei casi della partizione medico-sanitaria di regola sono tariffati senza la formazione d'immagini. Se un forfait medico-sanitario è stato combinato con la formazione d'immagini, tale forfait è indicato esplicitamente. Ciò significa che nella valutazione delle prestazioni della partizione medico-sanitaria la formazione d'immagini ha un peso maggiore, ragione per cui nell'albero decisionale viene anticipata.

4.3.3 Cap30

Il cap30 contiene le prestazioni di formazione d'immagini. La formazione d'immagini può essere fornita essenzialmente in combinazione con una procedura operatoria o di intervento. In tal caso le prestazioni di formazione d'immagini sono contenute nei raggruppamenti dei casi dei cap01 a cap24 (cfr. 4.3.2). La formazione d'immagini può però essere fornita pure in combinazione con una procedura medico-sanitaria, una singola prestazione o senza ulteriori prestazioni. Tali combinazioni sono attribuite al cap30.

4.4 Elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali

L'elenco dei raggruppamenti dei casi ambulatoriali illustra un riassunto della denominazione, del titolo e della ponderazione del raggruppamento dei casi. Esso raffigura tutti i raggruppamenti dei casi, compresa la valutazione relativa dei medesimi mediante cost-weight. Il capitolo 5 contiene la valutazione dei raggruppamenti dei casi.

4.5 Contenuto della tariffa forfettaria per paziente

Le prestazioni di laboratorio vengono fatturate nella tariffa per singola prestazione ai sensi dell'elenco delle analisi. Secondo SwissDRG le prestazioni di laboratorio sono comprese nel forfait. La corrispondente fatturazione è disciplinata dall'articolo 59 OAMal. La versione tariffale 1.0 prevede pure che le prestazioni di laboratorio vengano integrate nei forfait. Ciò richiede un adeguamento dell'art. 59 OAMal, per estendere la regolamentazione d'eccezione esistente per le tariffe forfettarie nel settore stazionario al settore ambulatoriale. La

solutions tarifaires suisses SA, nel contesto della versione precedente 0.3, ha attirato l'attenzione del Consiglio federale su tale circostanza ed è in contatto con l'UFSP per quanto riguarda un adattamento dell'ordinanza.

La circostanza sopra descritta fa sì che i costi per caso trasmessi e impiegati per la valutazione non contengano i costi per le analisi di laboratorio con mandato esterno assieme a costi di ulteriori prestazioni con mandato esterno quali ad esempio per esami patologici. L'estensione delle prestazioni con mandato esterno (decisione «make or buy») è individuale per ogni ospedale; taluni ospedali seguono il principio «make», mentre altri ospedali seguono piuttosto il principio «buy». Dato che tali prestazioni si distribuiscono sull'intero sistema, si può presupporre che non risulti alcuna distorsione della struttura tariffale, o che la medesima sia irrilevante.

Nel quadro delle trattative sui prezzi occorre tener conto di diversi fattori. Da una parte occorre tener conto pure dei costi per prestazioni con mandato esterno, dall'altra pure degli agenti terapeutici consegnati (ai pazienti), i cui costi sono confluiti nel calcolo dei cost-weight (cfr. cifra 6.8)

In aggiunta al raggruppamento dei casi è possibile fatturare separatamente ulteriori prestazioni, in conformità con le modalità di applicazione. La possibilità di fatturare separatamente le prestazioni incrementa la bontà del sistema, dato che le prestazioni i cui costi presentano un'importante dispersione, che risultano in modo non sistematico o la cui inclusione potrebbe pregiudicare l'approvvigionamento non vengono remunerate tramite il raggruppamento dei casi. Nella versione introduttiva le prestazioni fatturabili separatamente vengono remunerate secondo le tariffe vigenti.

5 Valutazione

5.1 Cost-weight

Dato che per lo sviluppo dei raggruppamenti dei casi quale base sono stati impiegati i dati riferiti ai costi e alle prestazioni, a ogni raggruppamento dei casi è stato possibile attribuire i corrispondenti contatti con il paziente. In relazione a tali contatti con il paziente sono pure noti i costi, permettendo così di calcolare i costi medi per ogni raggruppamento dei casi.

I raggruppamenti dei casi vengono valutati con cost-weight relativi. I cost-weight per principio vengono calcolati secondo la formula seguente:

Cost-weight relativo di un raggruppamento dei casi =

$$\frac{\text{costi medi del raggruppamento dei casi}}{\text{costi medi di tutti i contatti con i pazienti (grandezza di riferimento)}}$$

In talune costellazioni che derivano da una combinazione tra la cifra per caso ($N < 30$) e una bassa omogeneità del raggruppamento dei casi, per la valutazione del raggruppamento dei casi si fa capo alla mediana. L'impiego della mediana aumenta la robustezza del sistema, visto che la mediana rispetto al valore medio reagisce meno a singoli outlier.

5.2 Raggruppamenti dei casi non valutati

Non vengono valutati i raggruppamenti dei casi che presentano un numero basso di casi ($N < 30$) con un coefficiente basso di omogeneità (< 0.5).

5.3 Grandezza di riferimento

Per derivare la grandezza di riferimento, tutti i casi forniti sono stati ripartiti sui rispettivi contatti con il paziente e attribuiti a una delle seguenti categorie:

- a. Contatti con il paziente con almeno una posizione trigger;
- b. Contatti con il paziente senza posizione trigger;
- c. Altri contatti con il paziente (ad es. fisioterapia, consulenza alimentare).

I contatti con il paziente della categoria c) non contengono prestazioni medico-sanitarie e non sono pertinenti nel presente caso. La grandezza di riferimento esprime i costi medi di tutti i contatti con il paziente con prestazioni medico-sanitarie (tipo a e b).

Allo scopo di ottenere una congruenza con le modalità di applicazione, in un prossimo passo i contatti con il paziente senza contatto fisico tra paziente e fornitore di prestazioni sono stati trattati separatamente. I costi di tali contatti con il paziente sono stati inclusi nelle analisi ulteriori, se erano adempiuti i criteri seguenti:

- il contatto con il paziente ha luogo entro 30 giorni da un contatto con il paziente con almeno una posizione trigger.
- il contatto con il paziente contiene prestazioni per le analisi/laboratorio (tariffa 317) e rapporti e prestazioni in assenza del paziente (posizioni TARMED in capitolo 00.06 o ai sensi di GP-8, GP-9, GP-10 e GP-11).

In casi che comprendono più contatti con pazienti i costi per caso sono stati ripartiti sui singoli contatti con il paziente, in rapporto ai ricavi. L'imprecisione che ne consegue influisce sì sui costi del singolo contatto con il paziente, ma non sull'ammontare della grandezza di riferimento.

La tabella seguente riassume i risultati della categorizzazione e dell'attribuzione dei costi:

Tabella 9: Risultati della categorizzazione e dell'attribuzione dei costi

Numero di contatti con il paziente	Costi medi
6'729'742	CHF 488

Questa tabella raffigura il numero di contatti con il paziente e non è paragonabile pari pari con le informazioni sui casi dei pazienti. È possibile che un caso presenti più contatti con il paziente.

6 Valori di riferimento

6.1 Raggruppamenti dei casi

Tabella 10: Numero di raggruppamenti dei casi

	v1.0	v0.3
Numero di raggruppamenti dei casi	454	483
non fatturabili	1	2
Numero di raggruppamenti dei casi fatturabili	453	481
valutati	450	479
non valutati	3	2

Tabella 11: Numero di contatti con il paziente in raggruppamenti dei casi valutati e non valutati

	Numero Raggruppamenti dei casi	Numero Contatti con il paziente
Raggruppamenti dei casi valutati	450	884'233
Raggruppamenti dei casi non valutati	3	21

Tabella 12: Numero di raggruppamenti dei casi

	Numero di raggruppamenti dei casi valutati	Quota parte Contatti con il paziente	Quota parte Casemix
valutati con il valore medio	420	100,0%	99,9%
valutati con il valore mediano	30	<0.1%	0,1%

6.2 Omogeneità dei raggruppamenti dei casi

L'omogeneità dei costi dei singoli raggruppamenti dei casi può essere espressa mediante il coefficiente di omogeneità (CO): più è alto il valore, più è omogeneo il raggruppamento dei casi. Solitamente il valore non dovrebbe scendere nettamente sotto il 50% (cfr. Nicole Eisenmenger, «das aG-DRG System – komplex, logisch... und fair?», p. 28). La tabella qui di seguito mostra che soltanto pochi raggruppamenti dei casi e una quota parte molto esigua di contatti con il paziente e casemix vengono remunerati tramite raggruppamenti disomogenei dei casi (CO < 0.50).

Tabella 13: Distribuzione dei raggruppamenti dei casi secondo il grado di omogeneità

Coefficiente di omogeneità	Numero di raggruppamenti dei casi valutati	Quota parte Contatti con il paziente	Quota parte Casemix
≥ 0.67	327	56%	68%
≥ 0.60	78	34%	26%
≥ 0.50	37	8%	5%
< 0.50	8	2%	1%

6.3 Contatti con il paziente per raggruppamenti dei casi

Tabella 14: Ripartizione dei raggruppamenti dei casi secondo la cifra per caso

Contatti con il paziente per raggruppamento dei casi	Numero di raggruppamenti dei casi valutati	Quota parte Contatti con il paziente	Quota parte Casemix
> 10'000	24	69%	42%
> 1'000	69	23%	34%
> 100	193	7%	21%
> 30	94	1%	3%
≤ 30	70	0%	0%

6.4 Bontà del sistema

Con R^2 e MAPE vi sono a disposizione due parametri riferiti alla bontà del sistema. R^2 proviene da un'analisi unifattoriale delle varianti ed è il rapporto tra la variante dichiarata e quella complessiva. MAPE è la deviazione percentuale media tra i costi per caso effettivi di un raggruppamento dei casi e i costi per caso medi di un raggruppamento dei casi. I valori di riferimento per le versioni 1.0 e 0.3 sono stati eseguiti con l'identica serie di dati per il calcolo (v1.0)

Tabella 15: Parametri statistici

Dimensione della bontà	v1.0	v0.3
R^2	0,80	0,79
MAPE	38,8%	39,3%

6.5 Casemix Index e numero di contatti con il paziente

Tabella 16: Casemix Index e numero di contatti con il paziente

	CMI	Numero
Serie di dati per il calcolo	2.08	884'233

Tabella 17: Casemix Index e numero di contatti con il paziente secondo la categoria ospedaliera

	CMI	Numero
Ospedali universitari (K111)	2.52	286'608
Ospedali di centro (K112)	1.92	499'171
Fornitori di cure di base (K12*)	1.94	53'890
Fornitori di cure speciali (K23*)	1.37	44'585

Tabella 18: Casemix Index e numero di contatti con il paziente secondo la categoria d'età

	CMI	Numero
Bambini e giovani (meno di 18 anni)	2.52	58'425
Adulti (da 18 fino a 64 anni)	2.06	499'791
Adulti (65 anni e oltre)	2.05	326'017

6.6 Grado di copertura

La tabella qui di seguito mostra le quote parte per la tariffa forfettaria per paziente e la tariffa per singola prestazione per tutti i contatti con il paziente che nel 2021 sono stati remunerati tramite TARMED. L'analisi non ha tenuto conto dei contatti con il paziente contenenti soltanto posizioni TARMED della prestazione in assenza (del paziente).

L'analisi per il settore ambulatoriale degli ospedali è stata effettuata da tarifsuisse sa sulla base della serie di dati del paziente ospedale ambulatoriale (ted. PSA) 2021. Per il settore degli studi medici sono state analizzate fatture singole (anno del trattamento 2021) messe a disposizione di tarifsuisse sa da parte degli assicuratori malattie. I ricavi TARMED contenuti nei dati trasmessi riferiti alle fatture corrispondono a una quota parte del 39.9% dei ricavi complessivi TARMED.

Tabella 19: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte dei contatti con il paziente

Quota parte dei contatti con il paziente			
	v1.0	v0.3	v0.2
Settore studi medici	5,2%	7,5%	14,3%
Settore ambulatoriale degli ospedali	18,5%	21,1%	36,3%

Tabella 20: Grado di copertura tariffa forfettaria per paziente, quota parte ricavi TARMED

Quota parte ricavi TARMED			
	v1.0	v0.3	v0.2
Settore studi medici	20,4%	27,2%	40,7%
Settore ambulatoriale degli ospedali	43,9%	49,0%	64,9%

6.7 Grado di finanziamento

Il grado di finanziamento viene impiegato per analizzare i collettivi di pazienti. Esso viene calcolato con un confronto tra una remunerazione ipotetica e i costi effettivi. La remunerazione ipotetica per contatto con il paziente viene calcolata moltiplicando il cost-weight con un prezzo di base che finanzierebbe tutti i contatti con il paziente. Per questo motivo il grado di copertura calcolato su tutti i casi è sempre del 100%.

Tabella 21: grado di copertura secondo categorie di età

	Grado di finanziamento
Bambini e giovani (meno di 18 anni)	100,2%
Adulti (dai 18 ai 64 anni)	98,3%
Adulti (65 anni e oltre)	102,7%

6.8 Stima delle conseguenze sui costi

La serie di dati dei pazienti ospedale ambulatoriale 2021 permette di stimare approssimativamente le conseguenze sui costi per il settore ambulatoriale ospedaliero e i dati di fatturazione degli assicuratori dal canto loro per il settore studi medici. Occorre però tener conto del fatto che i valori sotto esposti non costituiscono una base affidabile per determinare un prezzo di base neutrale dal punto di vista dei ricavi. In mancanza di prezzi negoziati, la presente stima delle conseguenze sui costi si basa sui ricavi finora conseguiti. Rispetto ai ricavi finora conseguiti, i prezzi negoziati terranno conto di ulteriori fattori:

- costi supplementari dovuti a prestazioni con mandato esterno (analisi di laboratorio, patologia);
- costi inferiori per agenti terapeutici consegnati (ai pazienti) che con il sistema dei forfait per paziente vengono remunerati separatamente;
- volumi maggiori e minori spiegabili con lo scostamento tra i contatti identificabili con il paziente e i contatti con il paziente derivanti dall'applicazione concreta del *contatto con il paziente fatturabile* ai sensi delle modalità di applicazione.

Con le limitazioni menzionate è possibile esprimere quanto segue sulla stima ipotetica delle conseguenze sui costi per l'anno 2021.

Tabella 22: Stima ipotetica delle conseguenze sui costi

	Numero di contatti con il paziente	Casemix Index	Ricavi finora disponibili	Importo
Settore ambulatoriale ospedaliero	2'497'000	2,1	CHF 400	CHF 2.1 miliardi
Settore studi medici	2'866'000	1,6	CHF 360	CHF 1.6 miliardi
Somma	5'363'000	1,8	CHF 380	CHF 3.7 miliardi

7 Prospettiva sullo sviluppo ulteriore e sulla gestione delle tariffe

7.1 Roadmap

La solutions tarifaires suisses si è accordata con le proprie organizzazioni partner su una roadmap concernente lo sviluppo ulteriore della struttura tariffale. Il principio del sistema in apprendimento ha effetto a partire dal terzo anno di applicazione, mentre la struttura tariffale viene mantenuta stabile durante i primi due anni. La richiesta di stabilità risulta dalla stabilizzazione dei ricavi e dai cambiamenti di sistema.

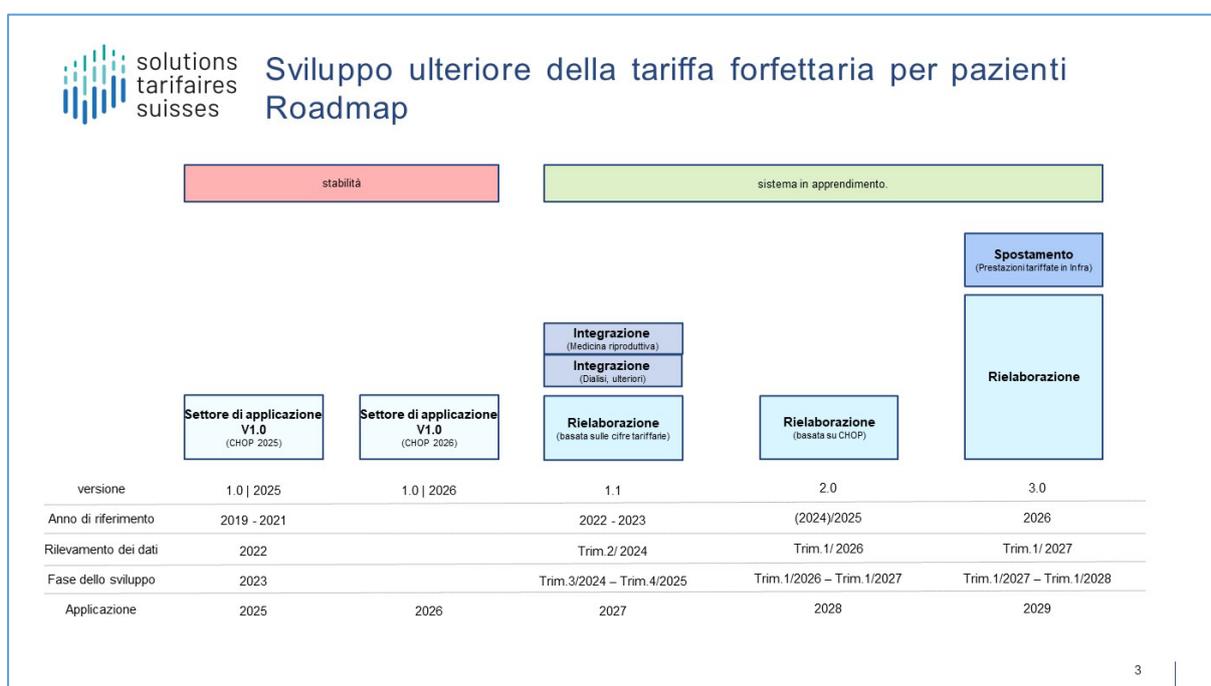


Figura 2: Roadmap concernente lo sviluppo ulteriore

7.2 Settore di applicazione

La versione introduttiva 1.0 della tariffa forfettaria per paziente forfettizza prestazioni che sono chiaramente attribuibili al settore delle cure speciali (cfr. capitolo 2). Nel quadro della roadmap le organizzazioni partner della solutions tarifaires suisses sa hanno concordato che tale settore di applicazione venga mantenuto stabile durante i primi due anni di introduzione. Nel 2027 le prestazioni mediche ambulatoriali che già oggi vengono remunerate tramite forfait potrebbero essere integrate nel settore di applicazione della tariffa forfettaria per paziente (ad es. medicina riproduttiva, dialisi, prestazioni legate ai trapianti). A medio termine è previsto che il settore di applicazione raffiguri tutte le prestazioni tariffate tramite il modello INFRA nella tariffa per singola prestazione. Vi rientrano pure prestazioni della diagnostica funzionale, che contrariamente alla versione precedente 0.3 non fanno parte del settore di applicazione della versione introduttiva. A mo' di conclusione e limitazione va aggiunto che l'effettivo settore di applicazione delle versioni future sarà stabilito dalla OTMA SA e dalle sue organizzazioni partner.

7.3 Differenziazione

Le possibilità di raffigurare in maniera differenziata prestazioni diverse, nella fase di sviluppo è stata limitata dal fatto che è stato necessario identificare le prestazioni fornite basandosi sulle posizioni tariffali esistenti. È assai noto che la nomenclatura TARMED è vetusta e che in molti settori non è più in grado di raffigurare la fornitura di prestazioni in maniera differenziata. Con l'introduzione della tariffa forfettaria per paziente le prestazioni saranno raffigurate mediante codici CHOP. Il rilevamento dei dati 2025 nell'anno 2026 metterà a disposizione una serie di dati per il calcolo per lo sviluppo ulteriore che permette una differenziazione appropriata dell'elenco. La struttura tariffale 2.0 ulteriormente sviluppata sarà presumibilmente applicata nel 2027 (cfr. la roadmap di cui sopra).

7.4 Dati

7.4.1 Rappresentatività dei dati

A metà 2024 è previsto che verranno rilevati i dati riferiti ai costi e alle prestazioni 2022 e 2023 e dall'anno 2026 saranno rilevati annualmente i dati generati dall'applicazione della tariffa forfettaria per paziente. Con una chiara dichiarazione da parte dei partner tariffali e delle autorità a favore del sistema della tariffa forfettaria per paziente è possibile ottenere che ulteriori fornitori di prestazioni forniscano i propri dati. Dall'introduzione del nuovo obbligo di legge già a medio termine sarà disponibile una base di dati molto ampia per la manutenzione regolare del sistema.

7.4.2 Base dei dati per il settore studi medici

La struttura tariffale della tariffa forfettaria per paziente si basa su dati riferiti ai costi e alle prestazioni riferite a un caso specifico che possono essere generati anche nello studio medico indipendente o negli istituti ambulatoriali. Grazie all'obbligo di fornire i dati ancorato nella legge è possibile accedere a un grande potenziale di dati. Occorre tener conto che nello studio medico indipendente e nelle istituzioni ambulatoriali dapprima deve essere affermata la contabilità analitica riferita ai casi. Non appena è disponibile, è possibile tener conto dei dati dagli studi medici indipendenti per lo sviluppo ulteriore del sistema.

7.5 Prestazioni fatturabili separatamente

Nel quadro dello sviluppo ulteriore viene verificato continuamente quali prestazioni vengono remunerate separatamente e per quali di quelle prestazioni possono essere stabilite remunerazioni supplementari basate sui dati.

7.6 Procedura di proposta

I partner tariffali si sono accordati sul fatto che a partire dall'introduzione della tariffa forfettaria per paziente venga svolta una procedura annua di proposta. I riscontri degli utenti e le proposte concrete costituiranno una base preziosa per lo sviluppo ulteriore e la manutenzione della struttura tariffale.

8 Allegato

Allegato1

Posizioni trigger: Elenco con posizioni tariffali che generano una fatturazione tramite il sistema di forfait per pazienti

Allegato2

Documento per il rilevamento dei dati

Allegato3

Modello di Convenzione sulla fornitura dei dati

Allegato 4

Panoramica sulle unità funzionali: La denominazione delle unità funzionali che vengono completamente sostituite dalla tariffa forfettaria per paziente oppure che contengono posizioni trigger. Sono pure esposte le modifiche rispetto alla v0.3.